

|  |
| --- |
| **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ****ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ** **ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ**  **ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ:**  |
|  **Αριθ. Πρωτ………………****ΔΙΕΥ/ΝΣΗ: ΠΑΠΑΓΟΥ 49, Τ.Κ.41500 ΠΡΟΣ: ΤΟ Κ.Κ.Π.Π.ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ****ΓΙΑΝΝΟΥΛΗ ΛΑΡΙΣΑΣ****ΤΗΛ. ΕΠΙΚ. 2413503931 &** **6932399505 (κ. Κολοβού Αγάπη)****Email: kolovouagapi9@gmail.com****ΑΙΤΗΣΗ** |

Του/της..…………………………………………………………………………………..Γονέας/Κηδεμόνας του/του………….……………………………………………………………………………………………………με Νόσημα:………………………………………………………………………………παρακαλώ όπως κάνετε δεκτό το αίτημα μου για παροχή φιλοξενίας του παιδιού μου στο Παράρτημα ΑμεΑ Λάρισας για ……………………….ώρες.

**Επιλέξτε το ωράριο: ⃝ Πρωί ⃝ Απόγευμα**

**Ώρες φιλοξενίας: Από………………….έως………………………….**

 **Ο/Η**

**ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ**